

Una revisión sobre la eficacia de la terapia dialéctica conductual en pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad

LAURA ANSÓN LÓPEZ
al11929@uji.es

LAURA RIPOLLÉS COLOMER
al120947@uji.es

Resumen

Innumerables investigaciones ponen de manifiesto que el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) supone uno de los retos más complejos a los que puede enfrentarse un psicólogo clínico. La principal característica del TLP es la inestabilidad persistente en todas las áreas de funcionamiento, lo que se traduce en un deterioro importante tanto del propio afectado como de su entorno. Este trabajo se centra en explicar las principales características de dicho trastorno y en la relevancia de encontrar un tratamiento eficaz. Para ello, se describen los componentes de la terapia dialéctica conductual, y se revisan algunas de las investigaciones que dan apoyo empírico a su efectividad en comparación con la terapia cognitiva conductual tradicional. Se analizan los datos recopilados hasta la fecha para orientar el trabajo de futuras investigaciones, intentando así alcanzar una mejora en la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave: trastorno de personalidad, trastorno límite de la personalidad, terapia dialéctica conductual, Linehan.

Abstract

Countless studies show that the Borderline Personality Disorder (BPD) is one of the most complex challenges you may face a clinical psychologist. The main characteristic of BPD is persistent instability in all areas of operation, which results in significant deterioration of both the affected and their own environment.

This paper focuses on explaining the main features of the disorder and the importance of finding an effective treatment. This describes the components of dialectical behavior therapy, and reviewed some researchs concerning empirical support for its effectiveness compared with traditional CBT. It analyzes the data collected to date to guide further research work, thereby attempting to achieve an improvement in the quality of life of these patients.

Keywords: personality disorder, borderline personality disorder, dialectical behavior therapy, Linehan.

Introducción

Según recoge el DSM-IV-TR (APA, 2000), los trastornos de personalidad se caracterizan por ser patrones permanentes de experiencia interna y comportamiento que se apartan de las expectativas de la cultura del sujeto, que se manifiestan al menos en dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, actividad interpersonal o control de impulsos. Estos patrones son persistentes, inflexibles, estables y de larga duración, y su inicio se remonta a la adolescencia o principio de la edad adulta. Se extienden a una amplia gama de situaciones personales y sociales, y provocan un deterioro significativo en el individuo.

El DSM-IV-TR (APA, 2000) agrupa los trastornos de personalidad en tres clústeres o grupos, sobre la base de unas características comunes en los trastornos de cada grupo. Así, los trastornos del clúster A se caracterizan por ser personalidades raras o excéntricas, los del clúster B inestables, erráticas y dramáticas y las del clúster C ansiosas o temerosas.

El objetivo del presente trabajo es analizar las evidencias empíricas acerca de la eficacia de un tratamiento diseñado específicamente para el TLP –la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) propuesta por Linehan (1991)–.

Comenzaremos con una breve definición de las características clínicas del TLP, seguiremos con la presentación de la estructura de la DBT y finalizaremos con el resumen de los estudios hallados sobre la eficacia diferencial de la DBT frente a la Terapia Cognitiva tradicional.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), la característica fundamental del TLP es la inestabilidad que se presenta en diversas áreas como la autoimagen, las relaciones interpersonales, los afectos y también la notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de las siguientes características: 1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado, 2) un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación, 3) alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable, 4) impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida), 5) comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación, 6) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días), 7) sentimientos crónicos de vacío, 8) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes), 9) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

El mayor problema del TLP es la gran cantidad de conductas suicidas y parasuicidas que realizan los pacientes con este diagnóstico, debido a su inestabilidad emocional e impulsividad, así como la presencia de una serie de conductas que interfieren en su calidad de vida (como el abuso de sustancias, conductas sexuales de riesgo o trastornos de la conducta alimentaria). Esta sintomatología es de mayor gravedad al inicio del trastorno aunque suele disminuir gradualmente con la edad, en la mayoría de los casos observados.

Existen datos que sitúan en la población en general una prevalencia del 2 %, con una incidencia desigual por sexos siendo más recurrente en población femenina. De aquí se extrae la importancia de encontrar tratamientos efectivos de cara a la mejoría de la calidad de vida de estas personas puesto que se suelen producir hospitalizaciones frecuentes, problemas en la edad adulta, depresión, baja autoestima...

Por otro lado, es importante destacar a la hora de la elección del tratamiento la alta comorbilidad que presenta con otros trastornos como son los del estado de ánimo, consumo de

sustancias, estrés postraumático, trastorno de déficit de atención con hiperactividad y otros de la personalidad, puesto que son un aspecto fundamental.

Otro aspecto a tener en cuenta es la dificultad de estos pacientes a la hora de completar el tratamiento debido a las altas tasas de suicidio consecuentes del malestar general que presentan, el frecuente abandono/incumplimiento del tratamiento y abuso de sustancias.

Linehan (1987) propone una aproximación biosocial para explicar el TLP, enfatiza la interacción entre irregularidades biológicas y un ambiente invalidante. Se añade a la terapia cognitivo-conductual tradicional una perspectiva dialéctica basada en la aplicación de técnicas paradójicas entre lo que se incluye exagerar las conclusiones absolutistas que proporciona el paciente hasta caer en el absurdo.

La terapia cognitivo conductual clásica se centra en conseguir la solución de problemas emocionales a través del cambio comportamental y cognitivo, sin embargo, la DBT hace hincapié en la aceptación y la validación para desde ahí conseguir el cambio. Los objetivos principales de esta terapia consisten en modular emocionalidad extrema y reducir las conductas desadaptativas; además de confiar y validar experiencias, emociones, pensamientos y actividades del paciente.

Linehan (1987) reorganiza los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) así determina las áreas problemáticas que más tarde serán las metas de su programa de tratamiento:

- 1) Disfunción emocional: dificultades en la regulación de sus emociones. Tienen una alta reactividad emocional lo que les dificulta volver a su línea base emocional.
- 2) Disfunción interpersonal: mantienen relaciones interpersonales caóticas y realizan esfuerzos frenéticos por evitar el abandono.
- 3) Disfunción comportamental: destacar la impulsividad y las conductas suicidas (desde autolesiones hasta intentos graves de suicidio).
- 4) Disfunción cognitiva: patrón de pensamiento dicotómico que suele ir acompañado de creencias e ideas rígidas.
- 5) Alteraciones de la identidad: sentimientos caóticos de vacío e incertidumbre del propio autoconcepto como identidad sexual, imagen corporal u otros aspectos del sentido de sí mismo.

El aspecto fundamental de la DBT es que el paciente entienda que su patrón de funcionamiento surge de un problema emocional importante y que las conductas límite constituyen intentos del individuo por alcanzar una solución. Los pasos generales de la DBT son los siguientes:

1. *Preparar el escenario*: Acordar metas y orientar al paciente hacia la terapia sin olvidar establecer una sólida relación terapéutica; para ello se utilizan las estrategias de validación y aceptación que resultan fundamentales para el tratamiento.
2. *Aplicar las estrategias esenciales*: Las básicas son las ya anteriormente comentadas (validación y aceptación) junto con la solución de problemas que constituye la base para el cambio, entendiéndose el patrón de funcionamiento del paciente como un problema que causa malestar e interferencia en las áreas vitales. Se analiza de forma conductual dicho problema generando y analizando posibles soluciones y orientando al paciente hacia ella. Dependiendo de las necesidades se programa el entrenamiento de cuatro tipos de habilidades: toma de conciencia, regulación emocional, tolerancia del malestar y habilidades sociales.
3. *Equilibrar los estilos de comunicación interpersonal*: Se debe combinar un estilo «recíproco» con uno «irreverente». El primero consiste en manifestar empatía y calidez

hacia las experiencias del paciente, mientras que el irreverente es propio de las tácticas paradójicas; llevar a lo absurdo los argumentos.

4. *Combinar la terapia con el paciente con intervenciones en el ambiente*: En ocasiones el terapeuta realiza intervenciones en el entorno para que el paciente sea capaz de aplicar las estrategias adquiridas en terapia. Comúnmente se invita a familiares a asistir al entrenamiento en estas habilidades para que sean conscientes de los cambios producidos y reaccionen favoreciendo su consolidación.
5. *Tratar al terapeuta*: Linehan recomienda que los casos se lleven en equipo por medio de sesiones clínicas, supervisión del terapeuta y consulta de casos debido a que el patrón de comportamiento disfuncional del paciente repercute de forma negativa en la relación terapéutica (abandono, intento de manipulación...).

En cuanto a la estructura del tratamiento, la DBT se desarrolla en tres fases:

La primera la *fase de pretratamiento*, en la que se establece la relación terapéutica, las metas y los compromisos. Esta primera fase tiene una duración de un año y se lleva a cabo mediante terapia individual, grupal o consultas telefónicas. En esta primera fase se trata de reducir las *conductas suicidas* (que es la principal meta de la terapia, se trata de construir junto al paciente una vida que valga la pena vivirla para no sentir la necesidad de acabar con ella); las *conductas que interfieren con el proceso de la terapia* (como la no asistencia a las sesiones, no colaborar o no cumplir las tareas) y las *conductas que interfieren en la calidad de vida* (como abuso de alcohol, conductas sexuales de riesgo, trastornos alimentarios, depresión...). Otro objetivo de esta fase es el entrenamiento en *habilidades comportamentales* (como las habilidades de toma de conciencia, de tolerancia del malestar, sociales y de regulación emocional).

La *segunda fase del tratamiento*, esta destinada para aquellos pacientes que presentan comorbilidad con estrés postraumático, mediante técnicas cognitivo-conductuales como la exposición y la reestructuración cognitiva. Es posible asistir también a grupos de autoayuda.

El objetivo fundamental de la *tercera fase* es la consolidación de todo lo aprendido y actúa como una prevención de recaídas. En este punto, el paciente ya debe ser capaz de funcionar de una forma adaptativa, por ello se comienzan a establecer metas realistas con respecto a sus vidas en todas las áreas importantes como son la laboral y la familiar.

Una vez presentada la problemática de este trastorno y la propuesta de Linehan (1987) para su tratamiento, a continuación se resumen las evidencias empíricas halladas acerca de la eficacia diferencial de la DBT frente a la terapia cognitiva tradicional.

Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica en dos de las principales bases de datos a disposición de la comunidad científica: psycINFO y Scopus. El criterio de selección de los trabajos fue que se trataran de estudios controlados que compararan la DBT con la Terapia Cognitivo Tradicional (TCT). Excepto el trabajo de Linehan (1993) se descartaron los estudios en los que los pacientes presentaban comorbilidad de TLP con otros trastornos.

Resultados

En la tabla 1 se presentan los estudios más relevantes realizados hasta la fecha acerca de la eficacia de la DBT en los trastornos límite de personalidad, que se pasan a explicar a continuación.

Tabla 1
Resumen de los estudios más relevantes sobre eficacia de la DBT

| AUTORES/AÑO | MUESTRA | MESES TRATAMIENTO/ MESES SEGUIMIENTO |
|---|-----------------------|---|
| Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard (1991) Linehan, Heard, & Armstrong (1993) Linehan, Tutek, Heard, & Armstrong (1994) | 44 mujeres | 12/12 |
| Linehan <i>et al.</i> (1999) | 28 mujeres | 12/4 |
| Turner (2000) | 24 hombres | 12/- |
| Koons, Robins, Lindsey Tweed, Lynch, Gonzalez, Morse, Bishop, Butterfield, & Bastian (2001) | 20 mujeres | 6/- |
| Verheul, Van Den Bosch, Koeter, De Ridder, Stijnen, & Van Den Brink (2003) | 64 mujeres | 12/6 |
| Bohus, Haaf, Simms, Limberger, Schmahl, Unckel, Lieb, & Linehan (2004) | 50 mujeres | 3/1 |
| Linehan, Comtois, Murray, Brown, Gallop, Heard, Korslund & Lindenboim (2006) | 111 mujeres | 12/- |
| McMain, Links, Gnam, Guimond, Cardish, Korman, & Streiner (2009) | 180 hombres y mujeres | 12/- |

Linehan *et al.* (1991, 1993, 1994) son los primeros en realizar un estudio controlado para evaluar la eficacia del DBT. La muestra constaba de 44 mujeres con TLP con repetidos intentos de suicidio y autolesiones recientes; se dividió la muestra en dos partes de forma aleatoria aplicando a un grupo la terapia dialéctica conductual mientras que al otro se le aplicó la terapia cognitiva tradicional (TCT) para este trastorno durante 12 meses de tratamiento y 12 de seguimiento.

Los resultados mostraron los siguiente datos: reducción de la frecuencia y gravedad de las conductas parasuicidas, reducción del número de días de ingreso hospitalario, aumento de permanencia en el tratamiento, decremento en el nivel de ira, y se apreciaron mejorías significativas en medidas que evalúan depresión, desesperanza, razones para vivir e ideación suicida; concluyendo una mejoría en el funcionamiento general de los pacientes.

En 1993, Linehan replica su estudio asignando 12 mujeres con TLP y trastorno de abuso de sustancias a la terapia dialéctica conductual y se compara con un grupo de 16 pacientes tratadas con TCT. Durante 12 meses de tratamiento y 4 de seguimiento.

Los resultados de los análisis indicaron una ventaja en la retención del tratamiento en DBT, así como en las medidas (análisis de orina) después del tratamiento del consumo de drogas. Se observaron diferencias importantes en ajuste social y funcionamiento global. En cambio, no se observaron diferencias entre grupos para autolesiones intencionales, ira, funcionamiento global o ajuste social.

En la primera replicación por investigadores independientes, realizada por Turner (2000), se incluyeron diferencias sustanciales de la terapia dialéctica conductual estándar, como innovación este trabajo se introdujo principios psicodinámicos para conceptualizar la conducta de los pacientes y también en el ámbito emocional y los esquemas cognitivos de las relaciones.

Otra modificación de este estudio respecto a los anteriores, es que no trata de comparar la terapia dialéctica con el tratamiento estándar sino que se aplica el tratamiento desarrollado por Carkuff, que se basa en «comprender de forma empática el sentimiento de soledad el paciente y proporcionar una atmosfera de apoyo para el individuo» (Turner, 2000: p. 416).

Los pacientes fueron seleccionados en una sala de urgencias como consecuencia de un intento de suicidio, la muestra del estudio consta de 24 participantes, incluyéndose por primera vez población masculina, aunque siendo esta muy inferior a la femenina. La muestra se distribuyó en dos grupos de 12 personas. Todos los sujetos de esta muestra eran jóvenes, siendo la media de edad de 22 años. Ambos grupos recibieron tratamiento durante 12 meses.

Los resultados de este estudio indicaron que aunque ambos grupos tendieran a mejorar se presentó una mejoría superior en DBT; se encontraron diferencias significativas en intentos de suicidio y autolesiones intencionales, depresión, días de hospitalización, impulsividad, expresión patológica de la ira, desregulación afectiva y el funcionamiento general.

Un aspecto a resaltar de este trabajo es que es el primero que incluye población masculina ya que aunque su prevalencia en este sector sea menor, es importante estudiar las diferencias en cuanto al sexo y la eficacia de la terapia.

En el estudio realizado por Koons *et al.* (2001) se comparó a 20 mujeres veteranas del ejército americano con TLP que fueron asignadas a dos grupos (DBT y TCT), cada grupo recibió terapia durante 6 meses. Es importante resaltar la falta de fase de seguimiento en este trabajo.

Se concluyó con una reducción de la idea suicida y expresión patológica de la ira, desesperanza y depresión después del tratamiento, se encontró cierta mejoría en conductas parasuicidas y número de ingresos hospitalarios pero no fueron estadísticamente significativos.

Comparando los primeros estudios realizados se resalta como diferencia más significativa entre ambos la conducta objetivo, siendo en el estudio de Linehan la reducción de las conductas parasuicidas; y en el estudio realizado por el equipo de Koons el cambio emocional e interpersonal.

Verheul *et al.* (2003) fueron los primeros en incluir en este tipo de estudio una gran muestra de población, comparando el DBT y la TCT para el tratamiento de mujeres con DBT. Estas estaban siendo atendidas en un centro psiquiátrico y en centros de tratamientos de adicciones en Ámsterdam. Participaron un total de 64 pacientes de los cuales 31 fueron asignadas al grupo de DBT y 33 al grupo TCT. Hubo 6 bajas durante el estudio siendo los grupos finalmente 27 DBT y 31 TCT.

El tratamiento tuvo una duración de 12 meses, mientras que el seguimiento realizado fue de la mitad. Los datos muestran que en DBT se obtuvieron reducciones significativas en conductas autolesivas, y permanecieron más tiempo en el tratamiento. Además, el número de intentos de suicidio era menor aunque no estadísticamente significativo. La DBT era igualmente efectiva en personas con o sin dependencia de sustancias (con datos más favorables hacia el consumo de alcohol).

El estudio de Bohus *et al.* (2004) contaba con una muestra de 50 pacientes hospitalizadas en Alemania, que habían tenido algún intento de suicidio o dos conductas autolesivas los dos años anteriores a la realización del estudio. La asignación a los grupos de los pacientes no fue aleatorizada y se incluyeron 31 mujeres en un programa de tres meses en DBT; y 19 mujeres en el tratamiento estándar.

Al mes del seguimiento, el grupo de tratamiento con DBT mostró cambios en depresión, ansiedad, funcionamiento interpersonal funcionamiento social y autolesiones.

Este estudio presenta una duración considerablemente menor al resto de los analizados, principal aspecto a criticar.

Linehan *et al.* (2006) realizan otro estudio en el que se compara la DBT con un tratamiento aplicado para un grupo de expertos con una orientación psicoanalítica (CTBE), de una duración de un año. Los participantes de este estudio fueron mujeres entre los 18 y los 45 años, que habían intentado suicidarse o autolesionarse al menos una vez en las últimas 8 semanas y dos veces en los últimos 5 años.

Un total de 111 mujeres fueron asignadas aleatoriamente a dos grupos: 60 a DBT y 51 a TCT. Al final del tratamiento, la muestra se redujo a 101 mujeres. Los resultados del estudio indicaron que aunque había mejoras sustanciales en ambos grupos, el grupo DBT muestra una mejor respuesta al tratamiento; estas pacientes redujeron la frecuencia de intentos de suicidio. Aunque no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en acciones autolesivas no suicidas, sí se encontró una mayor reducción en el grupo DBT, y un uso menor de los servicios de urgencias. Además, de una menor tendencia de cambiar de terapeuta o de abandono del tratamiento.

Otro estudio controlado (McMain *et al.*, 2009), con 180 participantes que presentaban intentos de suicidio en los últimos 5 años; recibieron un año de tratamiento con DBT o de Tratamiento Farmacológico Sintomático (TFS) más psicoterapia de orientación psicodinámica. Los resultados mostraron que mejora significativamente la sintomatología clínica en el grupo DBT pero en la misma medida que lo hizo la TFS.

Conclusiones

Tras la revisión de los estudios hasta ahora planteados podemos concluir que, como norma general, encontramos una mayor reducción de la frecuencia y la gravedad de las conductas parasuicidas en los pacientes tratados con DBT en comparación con los que se les administró la terapia tradicional.

Además, se observa en estos mismos pacientes mayor adherencia al tratamiento, lo cual resulta especialmente importante, ya que la tasa de abandono de los pacientes con esta patología suele ser muy elevada como consecuencia de la impulsividad que presentan.

También encontramos una mejora en el funcionamiento global de los sujetos. Cabe resaltar una notable mejoría en la sintomatología depresiva, así como una reducción de la ira, la impulsividad y la desesperanza.

Por otro lado, en cuanto a las ideas suicidas, las autolesiones y los intentos de suicidio también se observa una gran mejoría reduciéndose el número de ocasiones que estos sujetos llevan a cabo estas conductas. Todo ello conlleva un menor número de ingresos y por tanto un menor uso de los servicios de urgencia hospitalarias.

Para terminar, aquellos estudios en los que se incluyó la variable relacionada con el consumo de sustancias los datos indican que también se produce una reducción de estas conductas.

Con todo ello se puede concluir que la DBT es más eficaz para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad que la terapia tradicional. El objetivo de la misma es la mejora de la calidad de vida de los pacientes por lo que, según estos datos, se puede deducir que en mayor o menor medida este objetivo se ve cumplido.

Discusión

La terapia dialéctica conductual constituye una de las intervenciones más completas y efectivas para el trastorno límite de la personalidad, ya que, si bien su duración es muy similar

a la terapia cognitiva conductual tradicional, los resultados en las conductas y sintomatología de los pacientes resultan mucho más positivos.

Los cambios propuestos por Linehan como pueden ser la reorganización de los criterios diagnósticos, la aceptación y validación de las experiencias vividas por el paciente pueden ser la clave para la obtención de los mejores resultados por parte de la DBT.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que la DBT es una terapia creada específicamente para el tratamiento de este trastorno por lo que proporciona unas pautas, y herramientas concretas para el terapeuta; un ejemplo es el protocolo a seguir ante amenazas o intentos de suicidio. Esto supone una ventaja frente a la TCT.

A pesar de las grandes ventajas que presenta esta terapia, se considera recomendable que se realicen más estudios sobre la eficacia en otros entornos terapéuticos como por ejemplo la salud pública, ya que, esta terapia debido a la falta de recursos que presenta la sanidad pública no está al alcance de todos. Por ello, sería interesante adaptar el programa a otros contextos poniendo a prueba su eficiencia.

También sería importante incluir otras variables, como por ejemplo, el sexo puesto que aunque la proporción de sujeto varones afectados sea menor, igualmente necesitan tratamiento.

Por último, aunque ya se ha comenzado a estudiar, todavía queda mucho trabajo por hacer; valorar la eficacia de esta terapia aplicada a otros trastornos, o bien a pacientes que presentan comorbilidad del TLP, ya que es muy común que aparezca conjuntamente con abuso de sustancias, trastornos del estado de ánimo, alimentarios, estrés postraumático, déficit de atención e hiperactividad y otros de personalidad.

Referencias bibliográficas

- APA (2000). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K. & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42 (5), 487-499.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Lindsey Tweed, J., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., Bishop, G. K., Butterfield, M. I. & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32 (2), 371-390.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51 (3), 261-276.
- Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: Implications for the treatment of substance abuse. *NIDA Research Monograph Series*, 137, 201-216.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48 (12), 1060-1064.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E. & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry* 63 (7), 757-766.
- Linehan, M. M., Heard, H. & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.

- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771-1776.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L. & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166 (12), 1365-1374.
- Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7 (4), 413-419.
- Verheul, R., Van Den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., De Ridder, M. A. J., Stijnen, T. & Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-Month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*.